



Jeugd tandverzorging

Inschrijfformulier

De Jeugd tandverzorging is bedoeld voor kinderen van 2 tot 18 jaar. Met plezier begeleiden wij kinderen en ouders op weg naar een goede mondgezondheid. De nadruk ligt bij ons op preventie zoals voorlichting over mondverzorging, voeding, poetsles en het geven van fluoride voor een sterk gebit.

De voordelen van Jeugd tandverzorging zijn:

- Uw kind voelt zich veilig en vertrouwd bij onze behandelaars.
- Ons hele team kiest er bewust voor om met kinderen te werken.
- Wij laten kinderen spelenderwijs kennis maken met de tandarts.
- We hebben veel ervaring in het begeleiden en behandelen van kinderen met gedragsproblemen, angst, Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) en (meervoudige) beperkingen.
- De behandeling vindt plaats in onze tandartsbus bij de basisschool van uw kind of in het behandelcentrum in Enschede of Almelo.
- Na de controle geven wij uw kind een verslag mee zodat u op de hoogte bent van de mondgezondheid van uw kind. U kunt natuurlijk ook bij ieder tandartsbezoek zelf aanwezig zijn.

De tandartskosten voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar worden vanuit de basisverzekering vergoed. Voor deze kosten geldt geen eigen risico. Kosten voor een beugel en kroon- en brugwerk vallen niet onder de basisverzekering. Gemeenten, scholen en tandartsen staan achter de opzet van de Jeugd tandverzorging.

De gegevens van mijn kind:

Achternaam: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer: _____

Geslacht: jongen / meisje _____

Straat: _____ Huisnummer: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Verzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Mijn kind is patiënt bij huisarts: _____

Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Wat kan verder van belang zijn voor een deskundige behandeling van uw kind?

Naar welke school gaat uw kind? _____

In welke groep zit uw kind? _____

Ondergetekende wenst zijn/haar kind te laten deelnemen aan Jeugd tandverzorging en deelt mede:

- Gebruik te gaan maken van de haal- en brengservice die Jeugd tandverzorging biedt.
- Aanwezig te willen zijn bij de behandeling/controle van zijn/haar kind.

Met dit aanmeldformulier geeft u Jeugd tandverzorging toestemming om de behandelingen uit te voeren die volgens ons noodzakelijk zijn voor de mondgezondheid van uw kind. Daarbij kunnen ook röntgenfoto's gemaakt worden. De behandelingen die worden uitgevoerd zijn alleen behandelingen die vergoed worden door uw zorgverzekering.

Plaatsnaam _____ Naam _____

Datum _____ Handtekening _____

U kunt het ingevulde formulier afgeven in onze praktijk of in een gesloten envelop (zonder postzegel) versturen naar:
Jeugd tandverzorging, Antwoordnummer 3333, 7500 WB Enschede

Medische vragenlijst

1. **Naam patiënt:** _____
2. **Geboortedatum:** _____
3. **Is uw kind (nu of vroeger) onder behandeling of controle bij een (kinder)arts, psycholoog of specialist?** **JA/NEE**
Welk ziekenhuis? _____
Welke arts? _____
Waarvoor? _____
4. **Heeft uw kind longziekten of luchtwegafwijkingen (COPD, astma, bronchitis, vaak hoesten, longontstekingen)?** **JA/NEE**
Zo ja,
Heeft uw kind daar nu last van? ja/nee
Helpen medicijnen voldoende? ja/nee
Is uw kind snel kortademig? ja/nee
5. **Heeft uw kind een hartruis of een aangeboren hartafwijking? Zo ja,** **JA/NEE**
Heeft uw kind acuut reuma gehad? Zo ja? **JA/NEE**
Zijn er bij de tandheelkundige behandelingen antibiotica nodig? ja/nee
Zijn er klachten ten gevolge van de hartafwijking? ja/nee
6. **Heeft uw kind een hartoperatie ondergaan? Zo ja,** **JA/NEE**
Waarvoor? _____
Heeft uw kind een kunsthartklep gekregen? ja/nee
Zijn er na de ingreep klachten gebleven? ja/nee
7. **Heeft uw kind hartritme problemen? Zo ja,** **JA/NEE**
Kan uw kind niet aan alle activiteiten meedoen? ja/nee
Moet uw kind tijdens aanvallen gaan zitten of liggen? ja/nee
8. **Heeft uw kind epilepsie? Zo ja,** **JA/NEE**
Wordt er regelmatig gewisseld van medicijnen? ja/nee
Heeft uw kind ondanks de medicijnen regelmatig last van aanvallen? ja/nee
9. **Heeft uw kind suikerziekte? Zo ja,** **JA/NEE**
Wordt er insuline gebruikt? ja/nee
Is uw kind vaak ontregeld (hypo-, hyperglykemie)? ja/nee
10. **Heeft uw kind bloedarmoede met klachten? Zo ja,** **JA/NEE**
Is uw kind vaak moe of duizelig? ja/nee
Komt in de familie een erfelijke bloedarmoede voor? ja/nee
11. **Is bij uw kind een bloedingneiging vastgesteld? Zo ja,** **JA/NEE**
Genezen wondjes langzaam of blijven wondjes lang nabloeden? ja/nee
Krijgt uw kind zonder stoten blauwe plekken of spontaan een bloedneus? ja/nee
Komt er in de familie een bloedingneiging voor? ja/nee
12. **Heeft uw kind op dit moment een besmettelijke ziekte? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke? _____
13. **Heeft uw kind kinderziekten gehad? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke? _____
Heeft uw kind regelmatig infecties, bijv. oorontstekingen (gehad)? ja/nee
Welke? _____
14. **Heeft uw kind op dit moment een leverziekte? Zo ja,** **JA/NEE**
Is het hiervoor opgenomen geweest in het ziekenhuis? ja/nee
Wordt daarvoor een dieet of medicijnen gebruikt? ja/nee
Is uw kind drager van een Hepatitis virus? ja/nee
15. **Is uw kind allergisch? Zo ja,** **JA/NEE**
Waarvoor? Pollen en grassen (hooikoorts)/ Rubber/latex/ Jodium/ Pleisters/ Soja/ Gluten/
Verdoving/ Antibiotica (penicilline)
Anders nl. _____
Gebruikt uw kind medicijnen tegen de allergie? Zo ja, ja/nee
Welke medicijnen? _____
16. **Heeft uw kind ooit onverwachte reacties gehad tijdens of na de tandheelkundige behandeling? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke complicaties? _____
Bij welke tandarts? _____
17. **Krijgt uw kind medicijnen? (bijv. via huisarts of specialist)? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke? _____
18. **Heeft uw kind nog ziekten waar niet naar gevraagd is? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke? _____
19. **Heeft uw kind andere bijzonderheden waar we rekening mee moeten houden, zoals bijv. autisme, PDD-nos, ADHD, angst? Zo ja,** **JA/NEE**
Welke? _____
20. **Handtekening:** _____ **Datum:** _____